L'OTITE GRIPPALE

OBSERVÉE A PARIS EN 1891

L'OTITE GRIPPALE

OBSERVÉE A PARIS EN 1891

PAR

LE D[R] LŒWENBERG

AVEC DEUX FIGURES

DESSINÉES D'APRÈS NATURE, PAR L'AUTEUR

Extrait des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*,
novembre 1891



TOURS

IMPRIMERIE PAUL BOUSREZ

1892



L'OTITE GRIPPALE

OBSERVÉE A PARIS EN 1891 (1)

Si l'épidémie d'influenza qui a envahi la presque totalité du globe en 1889-1890 a surpris le monde médical par ses déplorables ravages, par l'immense proportion des personnes atteintes et par ses nombreuses complications, elle n'a pas moins intrigué les membres de notre profession par le caractère particulier qu'elle a imprimé à beaucoup d'affections connues et banales. La marche de ces maladies, leur durée, leurs terminaisons et leurs conséquences, tout cela a paru maintes fois bizarre et insolite, quand c'était la grippe qui les déterminait ou qui venait les compliquer, en leur communiquant souvent une gravité particulière.

Parmi les affections qui se sont greffées sur l'influenza à cette époque, l'otite moyenne aiguë n'a pas joué le rôle le moins important. Déjà, dans ma première communication sur ce sujet (2), qui a été suivie d'un nombre considérable de travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, concernant la même matière, j'avais fait ressortir l'énorme proportion des cas d'otite moyenne aiguë observés pendant la grande épidémie de grippe. J'avais exposé les caractères particuliers

(1) Envoyé au deuxième Congrès des médecins et chirurgiens américains (tenu à Washington, septembre 1891).

(2) I. B. Lœwenberg. Les complications auriculaires dans l'épidémie actuelle d'influenza. (*Bulletin médical* du 8 janvier 1890.)

que l'affection auriculaire a montrés à cette époque. J'ai, depuis, complété cette étude dans un autre mémoire (1).

En comparant ce que j'ai observé avec ce que d'autres auteurs ont vu, il semble que la grippe a revêtu l'otite moyenne d'un caractère différent en France, dans l'est et le nord de l'Europe, et même dans des pays aussi rapprochés de nous que la Belgique et la Suisse. Autour de nos frontières, on a vu prédominer une forme d'affection auriculaire jusque-là tout à fait exceptionnelle : l'otite moyenne et la myringite hémorrhagiques. En France, par contre, celles-ci n'ont été observées que rarement. Je n'en avais vu qu'un seul cas (II, p. 169). Comme cette forme constitue, sans aucun doute, une espèce grave de ces inflammations, on ne sera nullement étonné d'apprendre que l'otite grippale a présenté, hors de France, un nombre plus considérable de cas sérieux que dans ce pays-ci, au point qu'à l'étranger la trépanation de l'apophyse mastoïde a dû être faite très fréquemment. D'après les publications de mes confrères français, ceux-ci ont eu à recourir à ce moyen extrême dans une proportion de cas beaucoup moindre. Quant à ma pratique personnelle, je n'ai eu besoin de faire la trépanation dans aucun cas, fait que j'attribue à deux raisons : d'abord, dans le grand nombre d'otites grippales que j'ai eu à soigner, la proportion des complications mastoïdiennes a été très restreinte. D'autre part, j'ai, depuis plus de douze ans, adopté le principe d'épuiser toutes les ressources d'une thérapeutique relativement douce, comme les larges débridements de la membrane du tympan, les insufflations d'air fréquentes et le riche arsenal de l'antisepsie, avant de recourir à la trépanation.

J'ai été le premier à proposer ce *modus faciendi* et à réagir contre ce que je considère comme un abus, et j'ai développé mes idées sur ce sujet au troisième Congrès otologique inter-

(1) H. B. Loewenberg. Les affections de l'oreille dans la grippe. Communication faite à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (séance du 22 janvier 1890). Reproduit dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* de février 1890).

national (Bâle, 1884) (1), et au premier Congrès français de chirurgie (Paris, 1885) (2). Je n'insiste donc pas davantage sur ce point, mais je suis forcé de déclarer que, malgré le désaccord dans lequel je me trouve à ce sujet avec nombre de spécialistes qui trépanent quelquefois à la moindre alerte du côté de l'apophyse mastoïde, je ne puis que maintenir absolument ma manière de voir, dans laquelle une expérience ultérieure de sept ans n'a fait que me fortifier. « Patience et longueur de temps » viennent généralement à bout de cas vraiment effrayants, et j'en ai guéri, entre autres, tout en respectant l'intégrité de l'apophyse, qui, non seulement présentaient des phénomènes inquiétants, *loco dolenti*, mais aussi des généralisations beaucoup plus alarmantes encore. Ainsi, il y avait dans certains de ces cas, outre une fièvre forte et incessante, du côté de l'encéphale, des vomissements persistants avec céphalée intense et continue, dans le voisinage extérieur de l'os, des abcès sur des points éloignés, entre autres des fusées purulentes jusqu'aux insertions inférieures du sterno-cléido-mastoïdien, collections dont l'ouverture chirurgicale, en raison du voisinage de l'artère carotide primitive et de la veine jugulaire interne, exigeait une attention particulière, etc.

Depuis mes deux publications, j'ai eu la satisfaction de me voir suivi par quelques confrères. Ainsi M. Cozzolino, de Naples, qui avait assisté au Congrès de Bâle, a formulé des conclusions analogues aux miennes dans un mémoire inséré dans les *Annales des maladies de l'oreille*, etc., janvier 1889. Le fait que l'auteur n'ait pas mentionné mes travaux antérieurs sur ce sujet n'est évidemment dû qu'à un oubli de sa part.

Si nous envisageons maintenant *les otites observées pendant l'influenza de* 1891, nous constatons d'abord qu'elles ont été beaucoup moins fréquentes que l'année précédente, à en

(1) Comptes rendus du troisième Congrès otologique international (Bâle, septembre 1884).

(2) Comptes rendus du premier Congrès français de chirurgie (Paris, 1888, p. 642-652).

juger par mon expérience personnelle et d'après ce quej'ai pu apprendre d'autres confrères, soit spécialistes, soit praticiens. La différence en moins est absolue et relative, absolue, à coup sûr, parce que la grippe s'est beaucoup moins répandue qu'il y a un an, et relative en raison du fait que la maladie, qui, l'an dernier, se compliquait généralement d'affections des premières voies aériennes et digestives; lesquelles gagnent si facilement l'oreille moyenne, a atteint ces régions beaucoup moins souvent en 1891.

Mes observations d'otites grippales ont donc été beaucoup moins nombreuses que dans l'épidémie précédente, mais elles m'ont néanmoins permis de noter *deux ordres de faits intéressants* qui ont rapport à des anomalies dans la marche de l'affection auriculaire. Nous allons les considérer successivement.

I

OTITES MOYENNES AIGUES GRIPPALES GUÉRIES INSTANTANÉMENT PAR LA DOUCHE D'AIR

Nous traiterons d'abord d'un groupe de cas absolument pareils entre eux et remarquables par une marche assez surprenante dont voici les points principaux : les malades, des enfants pour la plupart, furent frappés presque subitement de douleurs dans une oreille, rarement dans les deux. Il y avait en même temps de la surdité et une sensation de chaleur et de plénitude dans l'organe atteint. La fièvre accompagnait ces symptômes. Plusieurs adultes, qui présentaient les mêmes phénomènes, accusaient, en outre, des bourdonnements. Les enfants ne s'en plaignaient pas, mais on sait qu'on les entend rarement mentionner ce symptôme.

L'examen de l'organe malade montrait invariablement le même aspect otoscopique : membrane du tympan d'un rouge foncé uniforme, et bombée en haut et en arrière. Elle ne

présentait pas la ligne de démarcation plus ou moins strictement droite et horizontale qui indique la présence d'une accumulation de liquide dans la caisse, en en marquant le niveau supérieur, soit que les masses sécrétées ne fussent pas assez abondantes pour cela, soit que l'épaississement du tympan, causé par l'infiltration de son tissu et par l'injection de ses vaisseaux, eût empêché ce signe d'être perceptible.

L'examen fonctionnel par la montre, la parole et le diapason ne révélait rien qui ne s'accordât avec les caractères classiques de l'otite moyenne aiguë ordinaire.

A la suite d'une seule insufflation d'air (procédé de Politzer chez les enfants, cathétérisme chez les adultes), tous ces symptômes disparurent comme par enchantement. A l'instant même, la douleur cessa, ainsi que la surdité et les bourdonnements. La fièvre même tomba rapidement.

Plusieurs malades furent ainsi guéris définitivement par une seule insufflation d'air ; dans un petit nombre, il a fallu recommencer cette simple manœuvre à un ou plusieurs jours d'intervalle, les phénomènes morbides ayant reparu, bien que considérablement atténués.

Le résultat, pour ainsi dire instantané, frappa particulièrement deux de mes confrères et amis qui avaient chacun un enfant atteint de cette façon, et qui furent positivement émerveillés de la transformation soudaine opérée chez les petits malades, surtout du fait que l'angoisse profonde, provoquée chez ceux-ci par les douleurs d'oreilles violentes, disparut sur-le-champ pour ne plus revenir.

Il me fut donné de voir, pendant l'épidémie grippale de 1891, dans un laps de temps relativement restreint, une petite série de cas de ce genre. En réfléchissant sur ce fait si frappant, je me rappelai un cas analogue que j'avais observé l'an dernier en pleine influenza. Il s'agissait d'un vigoureux garçon de quatorze ans qui fut frappé, pendant qu'il était atteint de grippe, successivement de douleurs surgissant soudain au fond des deux oreilles. Tantôt l'une était atteinte, tantôt l'autre, quelquefois même les deux ensemble. Chaque fois, l'oreille malade présentait l'image

et les symptômes décrits plus haut. L'insufflation d'air opérait toujours une guérison immédiate, mais il y eut des rechutes assez fréquentes, et je fus enfin obligé d'enseigner le maniement de la douche d'air au père de l'enfant, qui parvint à couper court à chaque accès, et à amener finalement une guérison définitive.

Chose à noter, ce jeune malade portait, dans le pharynx nasal, des végétations adénoïdes d'un développement moyen. Comme elles n'entravaient pas la respiration par le nez et n'avaient jamais provoqué de troubles auriculaires, leur enlèvement avait été décliné par la famille. Un des enfants issus d'une famille médicale, auxquels allusion est faite plus haut, avait subi une première opération de végétations adénoïdes quelques mois avant l'influenza, mais il y avait encore des restes à enlever.

Je rappellerai, à cette occasion, que j'avais déjà insisté, l'année dernière, sur l'importance de la présence de ces végétations pour l'otite grippale. Je disais alors (1) : « Nous constatons donc, en résumé, que sur quarante cas deux seulement ont présenté un caractère sérieux et une évolution lente. Or ces deux cas sont justement ceux des deux malades qui portent des végétations adénoïdes du pharynx. Il y a là, évidemment, plus qu'une simple coïncidence, et il faudra ajouter aux indications qui réclament impérieusement l'ablation précoce de ces végétations, la possibilité qu'elles pourront imprimer un caractère grave aux otites qu'elles provoquent si fréquemment. »

A l'exception du jeune garçon de quatorze ans, tous les autres malades ont été guéris par une seule insufflation d'air ou par un très petit nombre. Ce fait est assez surprenant de prime abord, et nous avons à nous demander quelle était la nature de ces cas, si sérieux en apparence et pourtant curables à si peu de frais.

Je pense que nous avions affaire, chez tous ces malades au début d'une véritable otite moyenne aiguë. La grippe avait commencé par provoquer une inflammation des fosses

(1) II, p. 169.

nasales ou du pharynx ; celle-ci, à son tour, gagnait l'oreille moyenne, obstruant la trompe d'Eustache, et déterminant dans la caisse une exsudation, peu abondante d'abord, de liquide, lequel venait bomber la membrane du tympan au dehors. La sécrétion augmentant peu à peu, la tension de cette membrane, dont l'infiltration et la congestion avaient aboli l'élasticité, s'accroissait et donnait lieu aux vives douleurs accusées par les malades. La douche d'air remédiait à cet état de choses, en agissant, sans doute, d'une façon multiple : d'abord, elle ouvrait la trompe d'Eustache, dégageait son canal et restituait à la caisse son volume normal d'air naturel à la place de l'air raréfié et désoxygéné (1) qu'elle renfermait auparavant. En même temps, elle exerçait sur la muqueuse de la cavité et de la membrane tympaniques une pression qui en diminuait, au moins temporairement, la turgescence sanguine. Elle chassait enfin le liquide accumulé dans la trompe et dans la caisse, peut-être même avec lui des microbes qui auraient pu exercer une action dangereuse, en transformant la sécrétion simple en suppuration. La trompe étant dégagée, les masses sécrétées ensuite pouvaient s'éliminer en refluant lentement vers le pharynx. Elles pouvaient, du reste, être aussi absorbées en passant dans les lymphatiques qui, d'après Kessel, communiquent ouvertement avec l'intérieur de la caisse.

En somme, l'ensemble des manifestations morbides décrit ici rappelle certains cas d'otite moyenne catarrhale aiguë qu'on observe quelquefois au printemps, surtout chez les enfants ; mais les cas qui viennent d'être exposés dans ce chapitre s'en distinguent par leur apparition en masse chez des sujets atteints d'influenza et en hiver (février), par leur apparence singulièrement alarmante et surtout par leur guérison obtenue, la plupart du temps, à la suite d'une seule insufflation d'air. Il est vrai que l'on assiste quelquefois chez les enfants, après la douche d'air, au rétablissement instantané de l'état normal de l'oreille et du bien-être

(1) V., à ce sujet, mon mémoire intitulé : « De l'échange des gaz dans la caisse du tympan. » (*Progrès médical*, 1877.)

général, mais le plus souvent l'action n'est que passagère, et il faut répéter les insufflations pendant un certain temps.

Au demeurant, ces observations démontrent d'une façon péremptoire l'action curative de la douche d'air dans l'otite moyenne aiguë, douche que quelques auteurs voudraient précisément proscrire dans le traitement de cette affection !

En présence des résultats que nous venons d'énoncer, et dont un observateur non prévenu constate d'ailleurs d'analogues journellement, d'une part, et, d'autre part, de la facilité d'exécution du procédé de Politzer, accessible à tous les praticiens et même au public, je ne puis faire autrement que de protester contre cette tendance de nous priver d'un procédé aussi bienfaisant dans le traitement d'une affection toujours pénible, souvent même dangereuse Cette proscription me semble, au demeurant, inspirée plutôt par des préoccupations théoriques que par l'observation sur les malades. Je suis convaincu que la généralisation de l'emploi de cette simple manœuvre, au début de toute otite moyenne aiguë, conduira à la guérison rapide d'un immense nombre de cas de ce genre, qu'ils reconnaissent une origine grippale ou non.

J'ajouterai, en passant, que j'envisage d'une façon analogue l'opposition faite par quelques auteurs au traitement de l'otite suppurée par les insufflations d'acide borique, que je considère également comme de la plus grande valeur thérapeutique. Je n'en ai, de plus, jamais vu résulter aucun inconvénient, non seulement quand un spécialiste compétent les pratiquait, mais même là où les circonstances obligeaient à confier ce traitement aux malades ou à leurs familles, et où, par conséquent, l'exécution pouvait être défectueuse. Il suffit, dans ces conditions, d'examiner les malades de temps en temps.

II

OTITES GRIPPALES A MARCHE INSOLITE ET A FORME PARTICULIÈRE DE PERFORATION

J'ai observé, pendant la période grippale de 1891, deux cas d'otite moyenne qui forment un contraste parfait avec ceux exposés dans le chapitre précédent. L'inflammation, dans ces deux cas, amenait rapidement la suppuration et affectait bientôt une marche chronique, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire dans cette affection, pourvu qu'elle soit convenablement traitée dès le début (comme c'était le cas ici), et qu'aucune maladie générale ou complication locale ne l'aggrave. En outre, il s'est formé une *perforation d'une configuration absolument insolite* et identiquement pareille chez les deux patients, point par l'examen duquel nous terminerons l'étude de ces observations.

Voici d'abord une brève description de la marche de la maladie :

Observation n° 1. — Mme X.., âgée actuellement de 47 ans, m'avait été adressée en 1874 par feu mon ami le Dr Johnston, de Paris. D'aspect délicat, elle jouit cependant habituellement d'une bonne santé, et ne présente aucun fait particulier dans ses antécédents, ni dans sa famille, si ce n'est qu'à l'âge de 4 ans, elle a eu « un mal d'oreille » dont elle a d'ailleurs été parfaitement guérie.

Le motif de sa première visite fut une surdité de l'oreille droite qu'elle avait constatée depuis un certain temps. Il s'agissait d'un simple catarrhe de la caisse, et la guérison fut obtenue rapidement. Six ans après, surdité aux deux oreilles, causée par des bouchons de cérumen, dont l'extraction rétablissait l'ouïe normale des deux côtés.

Le 11 février 1891, je suis appelé près de Mme X..., que je trouve fort souffrante. Elle vient d'avoir la grippe, et ressent depuis 24 heures des douleurs atroces dans l'oreille droite (l'ancienne malade).

Le tic-tac de ma montre, qu'on entend normalement jusqu'à 5 mètres dans le silence, n'est pas perçu du tout, même au contact du pavillon droit. Le tympan est uniformément d'un rouge sombre; son segment postéro-supérieur est bombé au dehors. A la partie antérieure et inférieure de cette membrane, il existe une plaque elliptique à grand axe perpendiculaire, d'un rouge vif. Elle paraît consister en sang liquide. L'insufflation d'air améliore un peu l'ouïe, de façon à faire entendre la montre à quelques centimètres. Prescription : purgatif salin, instillations de glycérine tiède pendant le jour et de cocaïne pour la nuit, et douche de Politzer, qui est pratiquée parfaitement par le mari de la malade, auquel je l'avais enseignée.

Le lendemain, *écoulement sanguinolent* par le conduit auditif. Montre 0. La tache rouge s'est transformée en un caillot, conservant la forme ovalaire. Toujours pas de perforation tympanique. L'air passe mal dans la caisse, même par le cathétérisme, qui améliore cependant un peu l'audition. Le seringage enlève le coagulum; à sa place, existe une érosion sanguinolente peu profonde, toujours de forme ovalaire. Douleurs moindres. Pas de fièvre ; d'ailleurs, pendant toute la durée de la maladie, la température s'est maintenue à 36°, 1.

Le 13 février, le tympan se trouve percé spontanément. L'ouverture s'est faite, non pas à la place de la plaque sanguinolente, mais plus en arrière. Elle s'étend jusqu'au bord postérieur du manche du marteau, qu'elle longe sur une certaine étendue. Montre 0; l'insufflation d'air n'amène aucune amélioration de l'ouïe. État général toujours précaire. Douleurs permanentes. Pouls 120, nuits mauvaises.

L'enflure en haut et en arrière du manche du marteau va en diminuant. L'apophyse mastoïde commence à enfler et à devenir douloureuse spontanément et encore davantage à la pression. L'insufflation d'air fait cesser les douleurs pour un certain temps, mais laisse l'apophyse sensible à tout attouchement. Prescription : bains d'oreille avec de l'alcool à 90°, contenant 20 grammes d'acide borique porphyrisé (solution sursaturée que j'ai introduite dans l'otologie, il y a dix ans). Plus tard, simplement des insufflations d'acide borique.

Pour abréger, voici, en résumé, la marche ultérieure : les douleurs au fond de l'oreille et à l'apophyse mastoïde ont d'abord duré une quinzaine, *sans interruption*, jour et nuit, puis, avec des intermittences, pendant un laps de temps égal, pour disparaître peu à peu complètement. L'écoulement sanguinolent a per-

sisté pendant six semaines environ, et s'est arrêté ensuite subitement sous le simple traitement par les insufflations d'acide borique réduit en poudre impalpable.

J'ai souvent examiné au microsope le liquide écoulé ; il se montrait toujours composé presque exclusivement de globules sanguins rouges, non altérés, avec très peu de leucocytes.

La perforation du tympan, bien que l'ouïe se soit améliorée petit à petit, a été en s'agrandissant et a pris une configuration toute particulière que j'appellerai volontiers pyriforme. Elle est large et arrondie en bas, étroite et rectiligne en haut (V. la fig. 1).

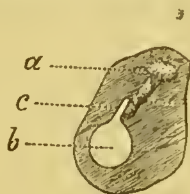


Fig. 1.

La place où la plaque sanguinolente avait existé est redevenue tout à fait normale.

18 mars 1891. Pas de changement. Montre entendue à 5 centimètres. La perforation est la même, le reste du tympan présente un aspect normal. En vain, on a essayé les traitements les plus divers, instillations d'alcool chargé de différents antiseptiques, etc.

Le 14 juillet, j'apprends que l'écoulement sanguinolent s'est arrêté subitement le 20 mars, pour ne plus reparaître. Montre entendue à 15 centimètres. Le 24 juillet 1891, je constate que la partie supérieure allongée de la perforation qu'on pourrait appeler « la queue de la poire » (fig. 1 c), — le tout ressemblant en effet à ce fruit, — paraît cicatrisée. La partie inférieure ronde elle-même (fig. 1 b), figurant le corps de la poire, semble rapetissée.

Après trois mois d'absence, Mme X... se présente à ma consultation le 7 novembre 1891, et je trouve à ma grande satisfaction que la perforation est considérablement rapetissée. Depuis sa visite du 24 juillet, elle a fait des douches d'air et des insufflations d'acide borique.

Observation n° 2. — Le jeune Y..., âgé de onze ans et demi, m'est adressé le 28 juin 1889 pour une surdité bilatérale. Au premier coup d'œil, on remarque que ses deux cornées sont troubles. Ce phénomène ayant quelque chose de caractéristique pour *la syphi-*

lis héréditaire, j'interroge la mère du malade, veuve depuis longtemps, et j'apprends qu'en effet l'enfant est né d'un père syphilitique. La mère paraît indemne, mais elle est très délicate et sujette à de fréquentes migraines.

L'inspection des dents du malade montre une des formes décrites par Hutchinson comme caractéristiques pour la syphilis héréditaire. Les incisives supérieures centrales sont coniques et échancrées en croissant. J'étais donc convaincu, avant d'avoir examiné les oreilles de l'enfant, que j'avais affaire à la triade découverte par le savant anglais, et caractéristique pour la syphilis congénitale : kératite interstitielle chronique, altérations particulières des dents et surdité due à des troubles de l'oreille interne. Je connaissais, depuis 1863, ce type caractéristique pour l'avoir rencontré fréquemment dans les cliniques ophtalmologiques parisiennes et quelquefois aussi chez mes malades. Mais l'examen des oreilles démontra que ma supposition était erronée, au moins quant à la nature de la lésion auriculaire. Il s'agissait d'une simple otite moyenne suppurée double avec perforations *arrondies* ayant à peu près la forme et les dimensions d'une lentille.

Voici maintenant l'historique abrégé du malade : à l'âge de trois jours il fut atteint d'entérite, et restait ensuite pendant un an entre la vie et la mort. Il n'a jamais présenté ni coryza spécifique, ni éruptions cutanées, ni lésions osseuses. En 1881, commença la kératite double. Vers 1888, les yeux s'améliorèrent, et les oreilles furent prises à leur tour.

État présent. — L'adolescent a la peau d'un gris terreux. Front bombé et bosselé avec une légère dépression médiane. Crâne symétrique. Nez aplati, sans cependant être camard (celui de la mère est fin et aquilin). Fosses nasales et pharynx sains.

Le *traitement* de l'affection des oreilles consistait en seringages, douches d'air et insufflations boriquées ou instillations d'alcool boriqué sursaturé. Ces soins tarissaient l'otorrhée et cicatrisaient la perforation, mais de temps en temps, et souvent sans cause appréciable, une rechute avait lieu tantôt à droite, tantôt à gauche. Le tympan se perçait alors de nouveau, toujours au même endroit, l'écoulement reparaissait, et finalement le même traitement amenait la guérison.

Quant à la nature de ces accès, rien n'indique qu'ils aient été de nature syphilitique, et, selon moi, c'étaient de simples otites suppurées à répétition, comme on les voit chez certains sujets lymphatiques. Les affections auriculaires dues à la

syphilis héréditaire, non compliquée de lésions nasales ou pharyngiennes, ne m'ont jamais présenté les caractères de l'otite suppurée, mais m'ont toujours montré une marche lente et insidieuse, sans phénomènes inflammatoires, tels que : suppuration, douleurs ou perforation du tympan, pareillement à ce que d'autres auteurs ont observé.

(Nous ne traitons pas ici, bien entendu, des surdités graves dues à la syphilis *acquise*, qui présentent un caractère tout autre et se distinguent souvent par leur éclosion soudaine ou, du moins, extrêmement rapide.)

Quant aux caractères particuliers des affections auriculaires hérédo-syphilitiques, je suis cependant obligé d'ajouter que M. Hermet, dans les notes qu'il a ajoutées à son excellente traduction de l'ouvrage de Hutchinson (1), relate plusieurs cas d'otite avec perforation du tympan et suppuration, cas qu'il tend néanmoins à considérer comme spécifiques. Il appuie son opinion surtout sur le fait de l'apparition de l'écoulement sans douleur. Je n'ai rencontré cette éclosion indolore d'une première otite suppurée que dans la tuberculose presque exclusivement. Par contre, j'ai souvent observé que des rechutes de ce mal se faisaient sans souffrance notable, et j'explique ce fait par le peu de résistance que certaines cicatrices fines du tympan offrent à la poussée du liquide accumulé dans la caisse, avant de céder. Ainsi, dans l'observation présente, les récidives de l'écoulement avec nouvelle perforation de l'un ou de l'autre tympan ont toujours été indolores. (Je n'ai pas de renseignement sur ce point, quant à la première apparition du mal.) Toutes ces rechutes ont d'ailleurs guéri sous le traitement sus-indiqué, dont j'ai enseigné l'application à la mère du malade, en l'engageant seulement à me ramener l'enfant au cas où quelque fait insolite viendrait à se produire.

Au mois de février 1891, le jeune Y... est atteint, une fois de plus, d'otorrhée à gauche. Le tympan présente, à la place accou-

(1) Jonathan Hutchinson. *Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire.* Traduit et annoté par le Dr P. Hermet. Paris, 1884.

tumée, une perforation circulaire. Le traitement ordinaire est repris, et, peu de temps après, l'écoulement diminue, et la perte de substance commence à se rapetisser. Tout semble donc présager la marche habituelle vers la guérison, lorsqu'au mois de mars, l'adolescent est atteint d'influenza. Je le revois quinze jours après, et je trouve un notable changement en pis. La perforation s'est agrandie. Elle a, de plus, pris un aspect pyriforme tout particulier, et est devenue tout à fait analogue, comme siège aussi, à celle décrite dans l'observation précédente. Arrondie en bas, elle se rétrécit brusquement vers le haut et s'y termine par une espèce de queue, fente qui règne le long du manche du marteau contre une partie de son bord postérieur (fig.2).



Fig. 2.

Depuis cette époque, le traitement est resté impuissant à amener une guérison complète. Je revois Y... le 2 juillet, et je constate que, si l'écoulement a été effectivement tari, la perforation est restée telle quelle. *L'ouïe cependant est presque normale, fait que j'ai souvent noté chez des sujets jeunes, malgré l'existence d'une perforation tympanique assez étendue.* On sait que chez l'adulte la situation, au point de vue de l'audition, est beaucoup plus défavorable dans ces conditions. J'incline à penser que cette différence provient de ce que la force d'accommodation de l'oreille est la plus considérable dans l'enfance, et qu'elle diminue avec l'âge, ainsi que cela a lieu pour l'organe de la vision.

Le malade quitta Paris peu de temps après le 2 juillet, pour se rendre à une station thermale. Or j'ai reçu, le 16 du même mois, une lettre d'un médecin de mes amis qui exerce à l'endroit indiqué, et qui m'annonçait que l'oreille malade du jeune Y... était devenue subitement douloureuse, avec enflure mastoïdienne. Température 40°,3. Bientôt, amélioration des symptômes locaux, mais persistance de la fièvre pendant deux jours. Puis guérison apparente pendant 48 heures ; ensuite, la fièvre a repris (39°,3), et la partie inférieure de l'apophyse mastoïde s'est tuméfiée et est devenue très sensible. Mon confrère parlait déjà de trépanation, mais, conformément aux principes énoncés plus haut, je le rassurais et lui conseillais l'usage de l'alcool boriqué, des douches d'air, des seringages, etc. Le 29 juillet, après avoir exécuté ce

traitement, le docteur M... m'écrivait : « Le jeune Y... va très bien ; l'air passe librement, les douleurs et la fièvre ont disparu, l'apophyse n'est plus sensible à la pression, ni tuméfiée. Appétit excellent, état général parfait. »

Depuis, j'ai revu le malade, et j'ai pu constater que, du côté de l'apophyse mastoïde, tout est rentré dans l'ordre depuis deux mois. L'écoulement même est tari définitivement, mais la perforation existe toujours dans sa partie inférieure. La partie supérieure, la « queue de la poire », est cependant cicatrisée, exactement comme dans le cas précédent.

RÉFLEXIONS

Les deux cas qui viennent d'être relatés présentent une marche et un caractère insolites. L'otite moyenne aiguë, le tympan une fois percé par le processus inflammatoire même ou par le médecin, désireux d'abréger les souffrances du malade, guérit toujours dans un laps de temps relativement court, pourvu qu'elle soit traitée sans délai par des lavages réguliers, l'application d'un antiseptique approprié et de fréquentes insufflations d'air. Il en a été ainsi même dans les nombreux cas d'otite grippale que j'ai traités et radicalement guéris, sans exception, pendant l'épidémie d'influenza de 1889-1890. Cette règle ne souffre d'exceptions que lorsqu'il s'agit d'individus très affaiblis ou bien atteints d'une maladie grave ou d'une diathèse sérieuse, la tuberculose ou le diabète P. E., ou bien quand la situation est aggravée par des complications locales parmi lesquelles je citerai surtout, conformément à ce qu'on a vu plus haut, la présence de végétations adénoïdes volumineuses.

Dans nos deux cas, il n'existait rien de tout cela ; cependant, pourrait-on m'objecter, nous devons tenir compte, quant à la deuxième observation, d'un facteur terriblement perturbateur, la syphilis héréditaire. Mais, dans ce cas encore, l'existence de cette grave maladie générale n'avait pas empêché toutes les attaques précédentes d'otite suppurée perforative de guérir dans des délais relativement courts, exactement comme des otites à rechutes chez une personne exempte de toute tare congénitale ! Il est vrai encore qu'il

s'agissait, chez les deux sujets, de l'éclosion d'une inflammation purulente dans une oreille ayant déjà été malade antérieurement; mais, ainsi que je l'ai fait ressortir l'an dernier (1), cette circonstance, aggravante sans doute, n'avait pas empêché ceux de mes malades de 1889-1890 qui se trouvaient dans le même cas, de guérir radicalement, même ceux atteints de mastoïdite !

La première observation, celle de Mme X..., présente un phénomène particulier, *l'écoulement sanguinolent prolongé*. Je rappellerai à ce sujet ce qui a été dit au commencement de ce travail, concernant la gravité particulière de ce fait. Ici, la marche traînante et l'insuccès relatif du traitement paraîtraient donc attribuables à la forme hémorrhagique de l'otite. Dans le deuxième cas, par contre, cette complication fait défaut; d'autre part, aucun phénomène dénotant la syphilis héréditaire n'ayant apparu depuis de longues années chez le jeune malade, et les nombreuses otites précédentes ayant toutes guéri normalement, comme nous venons de le voir, il me semble impossible d'invoquer la diathèse spécifique pour expliquer l'échec de la thérapeutique chez lui, et nous devons, ce me semble, l'attribuer tout bonnement à la nature grippale du mal.

Le fait le plus frappant est la singularité de la perforation et son identité dans les deux cas, en ce qui concerne son siège, sa forme, ses dimensions et sa marche. Je n'avais jamais observé de forme pareille auparavant, et les recherches que j'ai faites à ce sujet, dans un grand nombre de travaux otologiques, ne m'en ont pas donné d'exemple non plus. J'ai parcouru en vain, pour ne citer que les ouvrages contenant des gravures, des chromolithographies ou des photographies, les livres de MM. Politzer (*Traité et Beleuchtungsbilder*, Miot, Bürkner, Gellé, de Rossi, Barr, Urbantschitch, Roosa, M'Bride, Schwartze (*Anatomie pathologique* et *Traité des maladies chirurgicales de l'oreille*), et Macnaughton Jones et le magnifique atlas photographique, *Anatomie de l'oreille humaine et des états pathologiques de la*

(1) II, p. 167 et 169.

membrane du tympan, de MM. Randall et Morse. Dessins, images et photographies ne reproduisent, dans tous ces ouvrages, que des perforations arrondies. Elles sont circulaires, ovales, réniformes, etc.

Ce n'est que dans les cas de perforations traumatiques qu'on voit des contours angulaires ou pointus, mais là encore il n'existe rien qui ressemble à la forme « en poire » signalée dans ce travail. Je n'ai vu quelque chose d'approchant que chez M. Gruber ; dans son *Traité d'otologie* (*Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 2e édit., Vienne, 1888), il représente une perforation quelque peu semblable, à la table I (fig. 17), également située derrière le manche du marteau, et à la table II (fig. 21 et 22), une cicatrice un peu analogue, au même endroit du tympan.

Voilà tout ce que l'étude d'une littérature considérable m'a révélé.

Comment pouvons-nous concevoir la genèse de cette forme particulière de perforation? Nous la comprendrons mieux, je pense, en recherchant d'abord *pourquoi les perforations tympaniques non traumatiques présentent toujours une forme arrondie*, question qu'aucun auriste ne s'est posée jusqu'ici, que je sache. En essayant de trouver une réponse à cette question, je suis arrivé à la manière de voir suivante : la partie principale de la membrane du tympan comprend, comme on sait, deux couches de fibres de tissu connectif d'un caractère particulier, l'une circulaire, l'autre radiée. En général, lorsqu'il se forme une perforation, les deux lamelles sont détruites parallèlement, c'est-à-dire sur une même étendue en longueur et en largeur. J'estime que, dans ces conditions, le léger degré d'élasticité qui est propre aux fibrilles annulaires, et qui manque aux radiées, entre en jeu, par suite de leur division, et fait revenir sur eux-mêmes, dans une certaine mesure, leurs bouts séparés. J'explique ainsi les contours arrondis des pertes de substance tympaniques, et dans notre cas, ceux de la partie inférieure « de la poire », qui demeure ronde. Mais la partie supérieure, « la queue », n'est plus soumise aux mêmes influences. Nous avons vu qu'elle longe l'extrémité infé-

rieure du manche du marteau ; or, ici, les fibres circulaires font défaut, pour ainsi dire, complètement, et les radiaires seules sont présentes. Par conséquent, cette couche est seule atteinte à cet endroit, et les perforations restent allongées, parce que le facteur qui les arrondit ailleurs, le raccourcissement dû à l'élasticité des circulaires rompues, n'intervient pas ici.

Il m'a semblé, de plus, que le bord postérieur du manche du marteau était comme dénudé par le processus destructeur dans ces cas.

Si nous envisageons maintenant les résultats de la thérapeutique, nous devons avouer qu'ils sont très peu satisfaisants dans ces deux cas. Bien que l'écoulement, franchement purulent dans l'un, sanguinolent dans l'autre, ait été complètement tari, les perforations ne sont pas encore tout à fait fermées à l'heure actuelle, et, en outre, les deux cas se sont compliqués de mastoïdite.

Quant à la cause première de cet insuccès, il me semble plus que probable qu'il faut accuser simplement l'origine grippale du mal dans l'observation n° 1, et la survenue de l'influenza au cours du cas n° 2. L'action perturbatrice de la grippe n'a plus besoin d'être démontrée, après les innombrables exemples qu'elle en a fournis au cours de la grande épidémie de 1889-90. Pendant celle de 1891, j'ai eu occasion d'en observer également plusieurs dont voici un assez curieux : il s'agissait d'une demoiselle, âgée d'environ quarante ans, chez laquelle j'avais constaté depuis longtemps une sclérose lentement progressive à l'oreille gauche. En janvier 1890, elle fut prise d'otite moyenne aiguë grippale du côté droit. Cette affection guérit avec une certaine lenteur, fait remarquable chez cette personne d'ailleurs parfaitement saine. La perforation cicatrisée, l'ouïe ne revint pas complètement, et j'assiste, depuis cette époque, au développement assez rapide d'une sclérose à cette oreille.

J'ajouterai que, tout dernièrement, un séjour prolongé au bord de la mer, où la malade s'est rendue malgré les réserves les plus formelles de ma part, a donné une

impulsion nouvelle à l'affection, qui a fait des progrès singulièrement rapides pendant cette période.

Faudra-t-il dans les deux observations, outre l'influenza, attribuer une importance particulière à la forme et à la localisation spéciales des perforations, et celles-ci seraient-elles déterminées, elles aussi, par l'élément grippal de la maladie ? Comme ces cas ne sont qu'au nombre de deux, il m'est impossible de me prononcer là-dessus ; il serait intéressant d'apprendre si d'autres spécialistes ont rencontré des cas analogues, s'ils ont surtout vu cette forme spéciale de perte de substance tympanique et, supplémentairement, si elle est propre à l'otite grippale ou non.

Il ne serait pas moins intéressant d'apprendre, à un point de vue plus général, si la grippe, venant provoquer ou compliquer d'autres maladies que celles de l'oreille, aurait imprimé à leur allure et à leurs terminaisons un cachet spécial, différent de ce qui a été observé pendant la grande épidémie de 1889-1890.

TOURS, IMPRIMERIE PAUL BOUSREZ.